Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[geschwärzt]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [geschwärzt]
- FG17
  - [geschwärzt]
- FG 32
  - [geschwärzt]
- FG34
  - [geschwärzt]
  - [geschwärzt]
- FG36
  - [geschwärzt]
  - [geschwärzt]
- FG37
  - [geschwärzt]
- FG 38
  - [geschwärzt]
- IBBS
  - [geschwärzt]
- P1
  - [geschwärzt]
- Presse
  - [geschwärzt]
- ZIG1
  - [geschwärzt]
- BZgA
  - [geschwärzt]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 40 Mio. Fälle und mehr als 1 Mio. Verstorbene (2,8%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Vereinigte Staaten: zunehmender Trend o Indien und Brasilien: abnehmender Trend • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle o 5 Länder mehr als am Montag: Honduras (Amerika); Zypern, Litauen, Deutschland, Dänemark (Europa) • Zusammenfassung o Afrika: ▪ sehr geringer Anteil an weltweiten Fällen (1%) ▪ Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien, Nigeria ▪ fast 80% Community transmission o Amerika: ▪ 33% der neuen Fälle und 45% der neuen Todesfälle ▪ o Asien: ▪ 22% der neuen Fälle und 20% der neuen Todesfälle ▪ Rückgang der neuen Fälle in Südost Asien ▪ Nepal ist einziges Land mit Anstieg. o Europa: ▪ 25% mehr neue Fälle als in Vorwoche ▪ Mehr als dreimal so viele Fälle pro Tag im Vergleich zu Höchststand im April, Zahl der täglichen Todesfälle jedoch fünfmal niedriger als im April o Empfehlung des Rates für eine koordinierte Vorgehensweise bei Beschränkung der Freizügigkeit wurde am 13.10. von den EU-Ländern angenommen. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 380.762 (+7.595), davon 9.875 (2,6%) Todesfälle (+39), 7-Tage-Inzidenz 51,3/100.000 Einw. o 4-Tage-R: 1,09; 7-Tage-R: 1,17 o ITS: 879 (+28), invasiv beatmet: 411 (+22), Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ höchste Inzidenzen in Berlin und Bremen ▪ Trend Zunahme außer Saarland o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 133 LK mit Inzidenz > 50 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land o Anzahl COVID-19-Fälle nach Expositionsort in Deutschland	ZIG1 FG32

- Weiterhin sind vor allem private Haushalte betroffen.
- Med. Behandlungseinrichtungen sind noch nicht so stark betroffen.
- Fälle in Alten und Pflegeheimen nehmen zu.
- Nur noch ein sehr geringer Anteil wird aus dem Ausland importiert.
- möchte die Abbildung fürs Pressebriefing morgen verwenden.

ToDo: kurzen Hintergrund für Pressebriefing vorbereiten

- Wo würden Bars, Clubs, Großveranstaltungen in dieser Kategorisierung auftauchen?
  - Vermutlich bei Freizeit oder sonstiges?
  - In neuer SurvNet-Version ist genauere Differenzierung möglich.

ToDo: bis Freitag Auswertung der Angaben, die über neue SurvNet-Version übermittelt wurden



- Die Epidemie läuft unter Einhaltung von Maßnahmen ab. Die AHA-Regeln werden vermutlich in der Öffentlichkeit, bei Freizeitaktivitäten, im öffentlichen Nahverkehr eher eingehalten, während im privaten Raum die Wahrscheinlichkeit der Nichteinhaltung viel größer ist.
- Vorschlag: Dieser Abbildung soll eine Abbildung gegenübergestellt werden, in der alle Angaben zum Infektionsort berücksichtigt werden. Dann erneute Diskussion dieses Punktes.

- Testkapazitäten und Testungen (Folien hier) — FG37
  - Anstieg Positivenanteil, Trend ist in ARS sehr deutlich.
  - In den Altersgruppen wird unterschiedlich häufig getestet. Am häufigsten wird bei über 80 Jährigen und 15-34 Jährigen getestet.
  - Der Positivenanteil steigt relativ parallel in allen Altersgruppen an. Dies ist ein gutes Argument dafür, dass nicht die Testhäufigkeit für den Anstieg der Fälle verantwortlich ist. Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit ist in allen Altersgruppen ein Anstieg zu verzeichnen.
  - Testverzug ist relativ stabil über die letzten Wochen.

	• Was kann getan werden, damit mehr Labore an ARS angebunden werden? ○ Für die Repräsentativität ist es nicht nötig alle Labore zu erreichen. Es ist geplant, besser zu beschreiben, wie gut die Abdeckung in den einzelnen BL und somit die Repräsentativität ist. ○ Wenn auch negative Labormeldungen über DEMIS gemeldet werden, wären einzelfall- und wohnortbezogene Meldungen vorhanden. ○ [geschwärzt] ○ Vorteile von ARS: Auch serologische Tests und Antigentests können integriert, spezifische Fragen beantwortet werden und ARS ist nicht auf meldepflichtige Erkrankungen beschränkt. ○ Deshalb wäre es zusätzlich zu DEMIS wünschenswert mehr Labore für ARS zu gewinnen. Der neue Referentenentwurf sieht vor, dass sich mehr Labore an ARS binden. • Syndromische Surveillance (Folien hier) ○ GrippeWeb bis 42.KW: ▪ Weiterhin Zahlen unterhalb der ARE-Raten der Vorsaisonen ○ Konsultationsinzidenz: ▪ Ging schon letzte Woche bei Kindern zurück, hat sich jetzt in allen Altersgruppen stabilisiert. Auf Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das ca. 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen ARE. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis. KW ▪ Auch im KH deutlicher Anstieg der SARI-Fälle mit COVID-Diagnose. ▪ Nach Altersgruppen betrachtet liegt bei den 15-34 Jährigen der Anteil der COVID-Fälle an den SARI-Patienten fast bei 40%, bei 35-79 Jährigen dagegen nur bei ca. 15%. ▪ [geschwärzt] ▪ Vorschlag: dieselben Daten aus April diesen Jahres ansehen, war die Verteilung anders? Information gibt Einblick über Schwere der Erkrankung. ▪ Wie sieht es mit Vorerkrankungen in dieser jungen Gruppe aus? Diskussion mit Kliniker wäre sinnvoll. Tendenziell sind die Fälle jünger, müssen länger beatmet werden und haben tendenziell weniger Vorerkrankungen als SARI-Fälle in Vorjahren. *ToDo: Vergleich Anteil COVID-Fälle an SARI-Patienten Frühjahr-Herbst, FF [geschwärzt]*	FG36 [geschwärzt]
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	

<table>
<tr><td>3</td><td>Update digitale Projekte (nur montags)
• Nicht besprochen</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Aktuelle Risikobewertung
• Soll eine Hochstufung vorgenommen werden? Bzw. wann soll für die Allgemeinbevölkerung von „hoch“ auf „sehr hoch“ hochgestuft werden?
• Eine Überarbeitung des Wordings der Risikobewertung wäre sinnvoll. Eine Hochstufung auf eine Zwischenstufe: „hoch-sehr hoch“ dürfte jedoch nicht zur Klarheit beitragen.
• Die Risikobewertung ist keine Prognose, sondern richtet sich nach Kriterien wie Community transmission, Krankheitsschwere, Belastung des Gesundheitssystems. Eine Hochskalierung zu diesem Zeitpunkt würde deshalb vermutlich als alarmierend wahrgenommen werden, da das Gesundheitsversorgungssystem im Moment noch deutliche Kapazitäten hat.
• Entscheidung: Die Risikobewertung, Bevölkerung hoch, Risikogruppen sehr hoch, bleibt.
• Das Wording wird angepasst, grundsätzliches Einverständnis zum Änderungsvorschlag von [geschwärzt]
• Anmerkungen: „In allen angrenzenden Ländern Europas“ stimmt für die nördlichen Länder nicht und müsste ständig angepasst werden. Genaue Anzahl Fälle und Verdopplungszeit sollten eher gestrichen werden, da sie sonst ständig angepasst werden müssten.
ToDo: [geschwärzt] versendet seinen Änderungsvorschlag an den Krisenstab für Anmerkungen.</td><td>Alle</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Kommunikation
BZgA
• [geschwärzt]
• [geschwärzt]
• [geschwärzt]
Presse
• Morgen wieder Pressebriefing am RKI mit [geschwärzt]
• Neue FAQ zum Lüften, die auf das Umweltbundesamt verweist
• FAQ zu Luftreinigungsgeräten ist in Abstimmung, Rücksprache mit BZgA hierzu
• Teaser auf Startseite wurde angepasst</td><td>BZgA [geschwärzt]

Presse [geschwärzt]</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Neues aus dem BMG
• Nicht besprochen</td><td>BMG-Liaison</td></tr>
<tr><td>7</td><td>RKI-Strategie Fragen
a) Allgemein
• Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung (hier)
    ○ Zentrale Kritikpunkte:</td><td>FG38 [geschwärzt]</td></tr>
</table>

	▪ Ausdruck „Schätzung der Genesenen", da Zahl der chronischen Verläufe relativ hoch ist. Vorschlag RKI sollte Spätfolgen erfassen. ▪ Antikörperteste sollten differenziert werden. ○ Ausweisung der genesenen Fälle soll durch aktive Fälle ersetzt und in Fußnote erklärt werden, wie diese Zahl berechnet wird. ○ [geschwärzt] ○ Frage, wie soll generell mit Kritik umgegangen werden? ▪ Kurze, sachliche Antwort: Verweis auf die Limitationen im Meldewesen, Verweis auf bereits existierende Studien und die Möglichkeit selbst Fördermittel für neue Studien zu beantragen. ○ Vorschlag: Veröffentlichung von Fragen und Antworten aus Transparenzgründen ▪ Schreiben müssten anonymisiert werden. ▪ Wenn Plattform geboten wird, kann damit gerechnet werden, dass noch mehr Schreiben kommen. ▪ [geschwärzt] ○ Deshalb soll weiter so wie bisher verfahren werden: kurze Antwort auf ernstzunehmende Fragen. ○ Bei immer wiederkehrenden Punkten und freien Kapazitäten könnte FAQ erstellt werden.	
	b) RKI-intern • Containment soll als eine Komponente weiter gepflegt werden. Da jedoch Millionen von akuten respiratorischen Erkrankungen zu erwarten sind, die nur zu geringem Teil mit COVID zu tun haben, wurde ein Plan B der Strategie entwickelt: die Empfehlung zuhause zu bleiben für alle an ARE erkrankten Personen, die nicht getestet werden sollen. • [geschwärzt] • [geschwärzt] • In der Teststrategie wird umfangreiches Testen als Grundlage für Lageeinschätzung genannt. • Einblick in Lage kann auch aufgrund von Surveillance-instrumenten erfolgen, dies könnte so kommuniziert werden. Eine genauere Beschreibung der Surveillanceinstrumente sollte besser an anderer Stelle erfolgen. • Für die Bevölkerung ist wichtig, ab wann sie sich doch testen lassen sollte. Diese Frage sollte für akut Erkrankte beantwortet	FG36 [geschwärzt]

<table>
<tr><td></td><td>werden. In jedem Fall sollte ein Arzt in den folgenden Situationen aufgesucht werden:
a) schwerer oder sich nicht verbessernder (oder gar verschlechternder) Krankheitsverlauf, oder spezifische Symptome (Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns), oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe,
b) Kontakt mit Personen aus Risikogruppen,
c) bekannter Kontakt mit Personen mit einer Atemwegserkrankung oder einer bestätigten COVID-19-Infektion, oder wenn die Erkrankung möglicherweise im Rahmen eines Gruppengeschehens erworben wurde, oder wenn nach Symptombeginn hierdurch viele Menschen einem Infektionsrisiko ausgesetzt würden oder bereits ausgesetzt waren.
• Betrifft der Vorschlag auch Kinder? Dies würde zu umfangreichen Fehlzeiten der Eltern führen. Die Empfehlung bezieht sich auf alle und dient der Aufrechterhaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten.
• Eine Trennung von Haushaltsmitgliedern wird bei COVID eher aufrechterhalten als bei sonstigen Infektionen. Könnte das zu mehr Infektionen in Haushalten führen? Nur ein sehr kleiner Teil der ARE sind auf COVID-19 zurückzuführen.
• [geschwärzt]</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>Dokumente
• Kennzahlen Lagebericht (Vorschlag hier)
  o Überarbeitete Version, insgesamt mehr Fokus auf Entwicklung der aktuellen Fälle innerhalb der letzten 7 Tage, kumulative Fallzahlen in Klammern
  o Legende mit Erklärungen, was die einzelnen Punkte bedeuten, wurde eingefügt.
  o 7-Tage-Inzidenz gesamt und bei >60 Jährigen, Anzahl Kreise mit 7-T Inzidenz > 50 und >100
  o DIVI-Intensivregister: aktuell in intensivmedizinischer Behandlung: Anstieg zum Vortag sowie in Klammern gesamt; neu abgeschlossene Fälle, davon %-Zahl der Verstorbenen
  o Warum wird der Begriff „aktive“ und nicht „akute“ Fälle gewählt?
    ▪ Umfasst auch asymptomatische Fälle, aktive Fälle werden berechnet aus Genesene – Verstorbene.
    ▪ Werden auch im Ausland „active cases“ genannt.
  o Wie sollen „Genesene“ genannt werden? Sollen im Lagebericht nicht mehr ausgewiesen werden.
  o Genesene könnten auch auf Dashboard weggelassen werden, da die kumulative Zahl immer weniger aussagekräftig ist. International werden sie als „recovered“</td><td>FG34
[geschwärzt]</td></tr>
</table>

	ausgewiesen, man könnte von „überstandenen aktiven Infektionen" sprechen. ▬▬▬ • FAQ Luftreinigung (hier) ○ Wurde überarbeitet: „…. das Risiko einer Übertragung im Nahfeld … nicht effektiv verringern kann." Dem Vorschlag wurde zugestimmt. • ▬▬▬ ○ ▬▬▬ ○ ▬▬▬	FG14 ▬▬▬ FG36 ▬▬▬
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ Sporadisch SARS-Fälle, sonst nur Rhinoviren ○ Üblicher Rückgang der Probenzahl in den Herbstferien ist dieses Jahr sehr ausgeprägt. • ▬▬▬	FG17 ▬▬▬ Abt. 1 ▬▬▬
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Auf Freitag verschoben	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 23.10.2020, 11:00 Uhr, via ▬▬▬	